

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte(r) Herr/Frau.....,

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- (ja) (nein) Herzinsuffizienz
- (ja) (nein) Muskelentzündung
- (ja) (nein) Bypassoperation
- (ja) (nein) Schrittmacher
- (ja) (nein) Herzklappenersatz
- (ja) (nein) Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Herzoperation?

Kreislauf

- (ja) (nein) niedriger Blutdruck
- (ja) (nein) Bluthochdruck
- (ja) (nein) Angina pectoris
- (ja) (nein) Schlaganfall

Erkrankung des blutbildenden Systems

- (ja) (nein) Bluter

Augen

- (ja) (nein) Grauer Star
- (ja) (nein) Grüner Star

Atmungswege/Lunge

- (ja) (nein) Asthma
- (ja) (nein) Bronchitis

Magen-Darm-Trakt

- (ja) (nein) Magenerkrankung
- (ja) (nein) Darmerkrankung

Blase-Nieren

- (ja) (nein) Nierenerkrankung
- (ja) (nein) Dialyse

Leber

- (ja) (nein) Gelbsucht
- (ja) (nein) Hepatitis

Bewegungsapparat

- (ja) (nein) Rheuma
- (ja) (nein) Gicht

Zentrales Nervensystem

- (ja) (nein) epileptische Anfälle

Vegetatives Nervensystem

- (ja) (nein) Kopfschmerzen
- (ja) (nein) Migräne

Stoffwechsel

- (ja) (nein) Diabetes (Blutzucker)?
- (ja) (nein) Benötigen Sie Insulin?
Wie hoch ist Ihr aktueller HbA1C Wert? (Diabetes Langzeitwert): _____
- (ja) (nein) Schilddrüsenüberfunktion
- (ja) (nein) Schilddrüsenunterfunktion

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- (ja) (nein) Haut und/oder Geschlechtskrankheiten
- (ja) (nein) HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
- (ja) (nein) Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)

Hausarzt

Arzt: _____ **Ort:** _____ **Telefon:** _____

Sonstige medizinische wichtige Informationen:

- (ja) (nein) Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
- (ja) (nein) Haben Sie ein transplantiertes Organ?
Wenn ja, welches und seit wann? _____
- (ja) (nein) Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Prothese oder Implantat erhalten
(z. B. Ein künstliches Hüftgelenk)? _____
- (ja) (nein) Hatten Sie eine Operation an den Blutgefäßen?
Wenn ja, welche? _____
- (ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?
Wenn ja, welche, wie oft und wie viel? _____
- (ja) (nein) Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?
Wenn ja, welche? _____
- (ja) (nein) Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
Wenn ja, welche? _____
- (ja) (nein) Benötigen Sie eine Antibiotika-Prophylaxe (Gabe) vor zahnärztlichen Eingriffen?
Wenn ja, welche? _____
- (ja) (nein) Rauchen Sie zur Zeit oder haben Sie früher geraucht?
Wie viele Zigaretten am Tag? _____ Nichtraucher seit? _____
- (ja) (nein) Haben Sie hormonelle Probleme?
- (ja) (nein) Sind Sie zur Zeit schwanger? Wenn ja, welcher Monat? _____
- (ja) (nein) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Krankheiten?
Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche verordneten oder anderen Medikamente? Wenn ja, welche?

- (ja) (nein) Herzmedikamente? _____
- (ja) (nein) Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Blutverdünnung)? _____
- (ja) (nein) gegen hohen Blutdruck? _____
- (ja) (nein) Aspirin oder andere Schmerzmittel? _____
- (ja) (nein) Allergiemittel? _____
- (ja) (nein) gegen Diabetes (Blutzucker)? _____
- (ja) (nein) gegen Osteoporose? _____
- (ja) (nein) Kortison oder entsprechende Medikamente? _____
- (ja) (nein) Medikamente gegen Transplantatabstoßung? _____
- (ja) (nein) Medikamente für Haut-, Darm- oder rheumatische Erkrankungen? _____
- (ja) (nein) gegen Krebs- oder Blutkrankheiten? _____
- (ja) (nein) Bisphosphonate? _____
- (ja) (nein) Penicillin, Antibiotika, sonstige keimtötende Mittel? _____
- (ja) (nein) gegen Schlaf oder Angststörungen, Depressionen? _____
- (ja) (nein) Hormonpräparate? _____
- (ja) (nein) Sonstige Medikamente? _____

Hinweis: Am besten händigen Sie uns eine Kopie Ihres Medikamentenplanes sowie des Allergiepasses aus!

Wie beurteilen Sie Ihren derzeitigen Stresslevel (1-10): _____

Sind Sie am Morgen erholt? Nie () selten () oft () sehr oft ()

Sind Sie tagsüber oft schläfrig? Nie () selten () oft () sehr oft ()

Sind bei Ihnen/in Ihrer Familie folgende Erkrankungen/Neigungen zu folgenden Erkrankungen bekannt?

- (ja) (nein) Neigung zu Zahnfleisch-/Zahnbetterkrankungen
- (ja) (nein) Neigung zu Osteoporose (Knochendichteprobleme)
- (ja) (nein) Neigung zu Karies

Weitere administrative wichtige Informationen:

(ja) (nein) möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

Geburtsort: (wird benötigt für Röntgenaufnahmen) _____

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi.

Losheim, den _____ Unterschrift _____